



# SIC-CAFÉ

Suivi d'intervention complémentaire et  
capsule de formation écourtée

## RÉSUMÉ

Une femme de 90 ans douleur loge rénale  
droite depuis 24h.

Infection urinaire ?

Vous vous doutez que non puisque nous  
effectuons un SIC-CAFÉ.

Voyez la suite...

Dave Ross

Programme  
d'amélioration  
continue des  
interventions (PACI)





## Résumé intervention PCI-SAD

- 📌 Une femme de 90 ans qui est autonome et qui vit dans une résidence pour personnes âgées appelle pour douleur dorsale droite qui a débuté la journée avant, mais qui est augmentée la journée même de la visite;
  - C'est la raison de son appel
- 📌 Le déterminant à la prise d'appel est un 26A1 Personne malade;
- 📌 ATCD
  - HTA
  - MPOC
  - Hypothyroïdie
  - Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA en 2017);
    - Il n'est pas décrit si la patiente a été opérée ou qu'elle a eu un diagnostic, mais non opéré;
    - Nous allons en parler plus loin
- 📌 Médication
  - En plus de sa médication pour sa MPOC, son hypertension et son hypothyroïdie, elle prend entre autres des anticoagulants.
- 📌 Coévaluation
  - La patiente présente une douleur sous forme de brûlure à la loge rénale droite depuis hier, mais qui est augmenté depuis ce matin;
  - La douleur est évaluée à 8/10;
  - Elle n'a pas de brûlure mictionnelle ni d'odeur particulière au niveau des urines;
    - Cependant, pendant la visite, la patiente présente l'envie d'uriner, mais elle incapable d'y arriver.
    - Il n'y a pas de globe vésical;
    -
  - L'examen de l'abdomen est sans particularité :
    - Il n'y a pas de défense;
    - Pas de rebond;
    - Pas de masse perçue;
    - Le punch rénal est positif
      - À cause du punch positif, nous retrouvons le drapeau rouge suivant: « **Attention, augmentation du risque d'une pathologie nécessitant une chirurgie** »
      - En fait, juste avec un punch positif sans douleur abdominale, une chirurgie est rarement nécessaire;



- Elle pourrait l'être par exemple si on a une obstruction urétérale (ex : calcul) et que la patiente a une urine infectée;
  - Il faut alors libérer l'obstruction qui pourrait provoquer une septicémie;
- Dans la situation qui nous concerne, cela aurait pu être une possibilité;

La patiente n'a pas été soulagée par la prise d'acétaminophène à bonne dose;

Elle a été hospitalisée dernièrement pour des problèmes respiratoires;

Elle respecte sa restriction liquidienne

- Les poumons sont clairs
- L'auscultation est sans particularité;
- Elle n'a pas de dyspnée;

La patiente est dans un bon état général, elle se mobilise seule et comme mentionné précédemment, elle est autonome.

Quoique la douleur soit à 8/10, elle a un faciès détendu;

Les signes vitaux

- TA 200/100 puis contrôle à 170/80
- FC 60/min
- Sat 95%
- Temp 36,5
- Index de choc 0,349

Conduite

- La patiente ne présente pas de signes de choc ni de température et elle est quand même en bon état général;
  - Est-ce qu'il pourrait s'agir d'une infection urinaire ?
- Puisqu'il s'agit d'une patiente avec un âge avancé, qu'on ne peut être certain de notre suspicion, on veut un suivi rapide;
  - Elle est vue à 13h10 et son RDV est à 14h;
  - On ne sait pas à quelle heure elle a été examinée par le médecin;

Suivi 24h

- Avant d'effectuer la visite à domicile, l'infirmière regarde pour voir si l'analyse des cultures d'urine a été effectuée lors de sa visite en clinique;
- Elle constate que la patiente a été transférée de la clinique en ambulance, car il y aurait eu détérioration sur place.
  - Selon la note dans le triage à l'urgence, la patiente a été orientée au choc pour une suspicion d'AAA.
- Pour la famille (et peut-être la patiente), au lieu d'aller en chirurgie et aux soins intensifs, on a décidé plutôt de choisir les soins palliatifs;
- La patiente est décédée à l'urgence durant la nuit.



### Que retenir de cette intervention ?

- Premièrement, encore une fois, on se rencontre que notre clientèle est vulnérable, qu'elle ne présente pas des signes et symptômes tout à fait compatibles avec ce à quoi on pourrait s'attendre;

### Est-ce que nous pouvons prédire ce qui est arrivé ?

- Premièrement il faut dire que l'intervention est complète et ce que je vais ajouter est en rétrospectif, avec un café devant moi, avec le temps de réfléchir alors on y va avec quelques détails et on essaie d'étudier cette intervention et grandir en expérience tous ensemble.

On continue...



- L'histoire d'anévrisme en 2017 pouvait nous inquiéter.
  - o Est-ce que la patiente a été opérée pour son anévrisme?
    - Si oui, c'est moins inquiétant malgré ce qu'on pense, car on a enlevé le problème;
      - Il faut quand même être prudent;
    - Si elle n'a pas été opérée;
      - Quelle est la grosseur de son anévrisme ?
        - o Un AAA de plus de 5 cm est plus à risque de rupture;
          - Peut-être qu'il était de 5 cm et plus et qu'ils avaient décidé de ne pas opérer;



- Si on a une grosseur inférieure à 5 cm, il est important de s'informer quand est le dernier examen qui a donné ce résultat;
- Habituellement les patients qui ont un AAA sont suivis de près par exemple, aux années;
  - On décide alors d'opérer si symptômes ou que l'AAA est de 5 cm ou plus;

- 🌿 L'examen de l'abdomen n'était pas impressionnant;
  - Est-ce que le punch rénal pouvait nous aider ?
  - Dans la situation qui nous concerne, plus ou moins;
  - De façon rétrospective, probablement que l'AAA irritait dans le dos dans la région du rein ou qu'il disséquait dans l'artère rénale.
    - Un AAA peut donner seulement des douleurs dorsales sans douleur abdominale;
    - Il aurait été bon de vérifier au niveau locomoteur si la douleur est représentée ou augmenté par les mouvements dorsaux-lombaires;
      - Encore là, je ne suis pas certain que cela nous aurait aidés, mais si la douleur est seulement aux mouvements et qu'elle est bien représentée par cet examen, on peut être plus tolérant pour l'orientation alternative;
        - Je profite de l'occasion pour rappeler de faire attention à la queue de cheval;
  - Le fait que la patiente avait de la difficulté à uriner pendant la visite a pu nous mettre sur une mauvaise piste;
  - Il aurait été bon de voir si la douleur à 8/10 était la pire douleur de sa vie;
    - Si oui, pour une patiente de 90 ans qui en a vu d'autres on peut en être certain, cela doit nous inquiéter;

- 🌿 La patiente a été orientée au choc à son arrivée;
  - Je n'ai pas encore le dossier hospitalier, car cette intervention est récente et je voulais vous faire ce suivi formatif rapidement;
  - Il est possible que le médecin en clinique ait tout simplement effectué une échographie abdominale, ce qu'on fait souvent dans une telle situation clinique et qu'il ait objectivé un AAA important;
    - Et c'était le pourquoi du transport en ambulance et de façon urgente;
    - Cela reste à vérifier.



### En résumé pour cette patiente

- 🌿 Attention à une douleur inhabituelle pour notre clientèle de 65 ans et plus qui en ont certainement eu souvent;
  - À noter qu'un calcul urinaire est souvent noté comme étant la pire douleur qu'un patient a vécue;



- Même si calcul urinaire, le médecin en clinique ne pourra rien faire, car il ne pourra pas le soulager ni effectuer un scan rapidement pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un calcul et pas d'une autre situation urgente;
  - Comme on le sait au niveau de la douleur, nos patients plus âgés n'ont pas les mêmes terminaisons nerveuses aiguisées pour capter la douleur;
    - Même avec un AAA qui est en train de rupturer, il n'est pas dit qu'ils vont « se tordent » de douleur;
- 🌿 Allons dans les détails pour les antécédents surtout lorsqu'un des antécédents se situe dans les suspicions que nous devrions avoir;

Pour terminer j'aimerais vous mentionner une autre fois...

Le travail que vous effectuez est important.

Chaque SIC-CAFÉ nous permet d'être plus sensibles au besoin de notre clientèle.

Cela est précieux et ne s'achète qu'en payant avec nos expériences.

On garde le focus

Merci pour tout.

Dave

